

TITRE VI
DES DISPOSITIONS FINANCIERES ET STATISTIQUES

CHAPITRE I
DES DOCUMENTS DE RECETTES

Art. 331. Les organismes assureurs adressent à l'Institut, dans les formes et délais prescrits par le Comité du Service du contrôle administratif, les documents de cotisation visés à l'article 276, § 1er, 1 à 6.

Art. 332. Les organismes assureurs sont tenus d'établir annuellement les listes nominatives de leurs bénéficiaires affiliés ou inscrits au 30 juin, en ventilant les cotisants des non-cotisants. Des mises à jour sont établies pour chaque trimestre.

Les listes visées à l'alinéa 1er sont conformes aux modèles fixés par le Comité du Service du contrôle administratif et transmises à ce service dans les trois mois suivant la fin de la période à laquelle elles se rapportent.

Art. 333. Les organismes assureurs sont tenus d'établir trimestriellement les listes nominatives des titulaires et des ascendants qui ont payé une cotisation personnelle en application des articles 287, 130, 131 et 250.

Les listes visées à l'alinéa 1er sont conformes aux modèles fixés par le Comité du Service du contrôle administratif et transmises à ce service dans les trois mois suivant la fin du trimestre auquel elles se rapportent.

Art. 334. Les organismes assureurs sont tenus d'établir annuellement les documents reprenant les recettes provenant des cotisations payées par les bénéficiaires et des intérêts judiciaires qu'ils ont enregistrés.

Ces documents sont conformes aux modèles fixés par le Comité général et transmis au Service du contrôle administratif dans les trois mois suivant la fin de l'année à laquelle ils se rapportent.

CHAPITRE II

DES DOCUMENTS DE DEPENSES

Art. 335. Afin de permettre aux services de l'Institut de clôturer les comptes de l'assurance soins de santé et indemnités, les organismes assureurs sont tenus, conformément aux modalités reprises dans la présente section, d'établir, d'une part, des documents mensuels comprenant toutes les dépenses comptabilisées au cours du mois concerné, visées au titre III, chapitre III, de la loi coordonnée et d'autre part, des documents trimestriels comprenant toutes les dépenses comptabilisées au cours du trimestre concerné, visées au titre IV, chapitre III, et au titre V, chapitre III, de la loi coordonnée. Ces documents de dépenses sont respectivement cumulatifs pour les mois et les trimestres d'un même exercice, à l'exception des documents visés aux articles 339 et 340.

Ils sont établis, tant au niveau de l'organisme assureur qu'au niveau de chaque mutualité ou de chaque office régional, conformément aux modèles fixés par le Comité de l'assurance ou par le Comité de gestion du Service des indemnités, selon qu'il s'agit respectivement de dépenses visées au titre III, chapitre III ou de dépenses visées au titre IV, chapitre III, et au titre V, chapitre III de la loi coordonnée.

Les documents de dépenses établis par les organismes assureurs le sont sur base de la synthèse des documents de dépenses des mutualités ou offices régionaux, ces derniers documents ayant préalablement fait l'objet d'un contrôle et d'une tarification au niveau de l'organisme assureur.

Les documents de dépenses établis au niveau des mutualités ou des offices régionaux sont transmis en double exemplaire par les organismes assureurs à l'Institut dans les trois mois qui suivent le trimestre auquel ils se rapportent.

Les documents de dépenses établis au niveau des organismes assureurs sont transmis en double exemplaire par les organismes assureurs à l'Institut dans les trois mois qui suivent respectivement la fin du mois auquel ils se rapportent.

Art. 336. Afin de permettre au Service du contrôle administratif de comparer les documents de dépenses avec la comptabilité des mutualités, des offices régionaux ou des organismes assureurs, des documents récapitulatifs séparés sont, pour chaque catégorie de dépenses visée à l'article 335, alinéa 1er, établis trimestriellement au niveau de chaque point de contrôle. Ils sont transmis au Service du contrôle administratif dans les délais visés à l'article 335, alinéa 4.

Ils sont établis conformément au modèle fixé par le Comité du service du contrôle administratif et comprennent au moins les ventilations suivantes:

1° le montant inscrit dans la comptabilité pendant le trimestre concerné des prestations payées au comptant et des factures vérifiées et tarifées pendant le trimestre concerné;

2° le montant des opérations mentionnées au 1° qui à la suite du contrôle de validité visé à l'article 335 n'ont pas été retenues pour l'inscription aux documents de dépenses;

3° le montant de toutes les opérations mentionnées au 2° pendant le trimestre concerné ou un trimestre précédent, qui après régularisation ont été inscrites sur les documents de dépenses du trimestre concerné;

4° le montant des dépenses reprises aux documents de dépenses visés à l'article 335 pendant le trimestre concerné ou les trimestres précédents, qui ont été rejetées pendant le trimestre concerné.

Art. 337. Les relevés relatifs aux soins de santé dont le modèle est établi par le Comité de l'assurance, comportent au moins les renseignements ci-après:

- le montant des dépenses;
- le nombre de prestations;
- le nombre de jours d'hospitalisation dans un établissement visé aux articles 23 et 34, 6°, 9°, 11° et 12° de la loi coordonnée.

Ces données doivent tenir compte des ventilations suivantes:

a) 1. à l'exclusion des bénéficiaires visés sous 2., les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 1° à 6° de la loi coordonnée, et les personnes à leur charge répartis selon l'état social du titulaire, ainsi que les bénéficiaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 14°, 15° et 16° de la loi coordonnée;

2. les titulaires en état d'invalidité et les personnes à leur charge;

3. les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 7°, 8° et 9° de la loi coordonnée, et les personnes à leur charge;

4. les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 12° de la loi coordonnée, et les personnes à leur charge, ainsi que les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 16° de la loi coordonnée.

En outre, les relevés relatifs aux groupes visés sous 2, 3 et 4 doivent être établis séparément selon que leurs revenus, tels qu'ils ont été fixés par le Roi, dépassent ou non le montant annuel déterminé par Lui.

b) les groupes de prestations prévues à l'article 34 de la loi coordonnée et, dans ces groupes, une distribution suivant les principaux types de prestations ou les principales catégories des tarifs de remboursement, tels qu'ils sont définis par le Comité de l'assurance.

c) une ventilation selon que la prestation a été effectuée dans le courant de l'exercice en cours ou dans le courant d'un exercice précédent.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux dépenses résultant de la refacturation du prix de la journée d'entretien effectuée dans le cadre de l'article 97 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Art. 338. Le Comité de gestion du Service des indemnités établit les modèles:

- 1° des relevés relatifs à l'incapacité primaire;
- 2° des relevés relatifs à l'assurance maternité où les titulaires en invalidité ne sont pas prises en compte.

Ces relevés comportent au moins les renseignements suivants:

- le montant des dépenses;
- le nombre de journées indemnisées, en observant la ventilation selon l'état social des titulaires.

Art. 339. Le Comité de gestion du Service des indemnités établit les modèles:

- 1° des relevés nominatifs trimestriels relatifs à l'invalidité;
- 2° des relevés nominatifs trimestriels relatifs à l'assurance maternité pour les titulaires en invalidité.

Ces relevés comportent au moins les renseignements suivants:

- l'identification du titulaire et notamment son indice statistique ainsi que le numéro qui lui est attribué par le Service des indemnités;
- le montant payé;
- le nombre de jours indemnisés.

Art. 340. [Abrogé par : A.R. 22-11-13 – M.B. 19-12 – éd. 1 – art. 7] (°)

CHAPITRE III

DE LA DIMINUTION DES MONTANTS MENTIONNES AUX DOCUMENTS DE DEPENSES

Art. 341. Lorsque les dépenses reprises au tableau visé à l'article 348 sont inférieures aux dépenses correspondantes reprises au document de dépenses visé à l'article 337, la différence est en outre déduite du montant qui apparaît sur le document de dépenses. La comparaison nécessaire à cet effet est effectuée pour l'ensemble des disciplines pour lesquelles est établi le relevé visé à l'article 348. Elle n'est effectuée qu'à partir de la deuxième année complète pour laquelle est établi le relevé visé à l'article 348, et pour la première fois lors de la clôture des comptes relatifs à 1986.

CHAPITRE IV

DES DOCUMENTS RECAPITULATIFS ET DES DOCUMENTS FINANCIERS

Art. 342. Les organismes assureurs sont tenus d'établir annuellement des documents récapitulatifs de toutes les dépenses visées à l'article 194 de la loi coordonnée, comptabilisées pendant l'exercice concerné.

Ces documents récapitulatifs sont établis au niveau de l'organisme assureur, conformément à un modèle fixé par le Comité général et comportent au moins les renseignements concernant les frais de personnel, les frais d'infrastructure, les frais de bureau, les amortissements, les paiements indus et les sanctions.

Ces documents récapitulatifs sont transmis par les organismes assureurs, en double exemplaire, à l'Institut dans les quatre mois suivant la fin de l'exercice auquel ils se rapportent.

(°) d'application à partir du 1-1-2013

Art. 343. Les organismes assureurs sont tenus d'établir annuellement des documents récapitulatifs globaux de toutes les recettes et dépenses comptabilisées au cours de l'exercice considéré, se rapportant à la gestion du régime de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ainsi qu'un document récapitulatif se rapportant à la situation active et passive.

Ils sont établis tant au niveau des organismes assureurs qu'au niveau de chaque mutualité ou de chaque office régional, conformément à des modèles fixés par le Comité général.

Ces documents récapitulatifs sont transmis par les organismes assureurs, en double exemplaire, à l'Institut avant la fin du mois suivant l'établissement par le Comité général des comptes annuels de gestion des différents secteurs de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Art. 344. Les organismes assureurs sont tenus d'établir mensuellement des documents concernant la situation financière de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Ces documents sont établis tant au niveau de l'organisme assureur qu'au niveau de chaque mutualité ou de chaque office régional, conformément aux modèles fixés par le Comité général et comportent au moins les renseignements concernant les fonds disponibles au début et à la fin du mois concerné, les recettes et les dépenses au cours du mois concerné, l'état des emprunts et des factures impayées.

Ces documents financiers sont transmis par les organismes assureurs, en double exemplaire, à l'Institut avant le vingt-cinquième jour du mois qui suit celui auquel ces documents se rapportent.

CHAPITRE V DES RELEVES D'EFFECTIFS

Art. 345. Les organismes assureurs sont tenus d'établir trimestriellement pour chaque mutualité ou pour chaque office régional, des relevés d'effectifs établis sur base des effectifs connus le dernier jour du trimestre concerné.

Ces relevés sont conformes aux modèles fixés par les services de l'Institut et transmis auxdits services dans les deux mois suivant le trimestre auquel ils se rapportent.

CHAPITRE VI DES CADRES STATISTIQUES

[M - A.R. 21-9-99 - M.B. 9-10]

Art. 346. Les organismes assureurs sont tenus, en considération des modalités de la présente section, d'établir des cadres statistiques conformément aux modèles fixés par le Comité de l'assurance en ce qui concerne les cadres visés aux articles 347 à 351bis, et par le Comité de gestion du service des indemnités en ce qui concerne les cadres visés aux articles 352 et 353.

Art. 347. En ce qui concerne les prestations de santé, des cadres statistiques mensuels cumulatifs sont établis par numéro de code de la nomenclature ou pseudo-numéro de code de la nomenclature, pour les disciplines médicales et paramédicales, déterminées par le Comité de l'assurance. Ces cadres comportent les montants des dépenses, le nombre de prestations et le nombre de journées d'hospitalisation pour l'ensemble du régime général et du régime des travailleurs indépendants, sans distinction selon la mutualité ou l'office régional. Les dépenses y afférentes doivent au moins atteindre le niveau des données figurant sur les documents de dépenses visés à l'article 337.

Les organismes assureurs transmettent leurs cadres aux services de l'Institut dans les trois mois qui suivent le mois auquel ils se rapportent.

Art. 348. En ce qui concerne les prestations de santé, des cadres statistiques semestriels non cumulatifs sont établis par dispensateur, par médecin prescripteur ou par établissement hospitalier, pour les disciplines et selon les modalités déterminées par le Comité de l'assurance. Les dépenses et les prestations y afférentes doivent au moins atteindre le niveau des données reprises dans les documents de dépenses visés à l'article 337.

Les organismes assureurs transmettent leurs cadres au Service des soins de santé dans les quatre mois suivant le semestre auquel ils se rapportent.

[M - A.R. 21-9-99 - M.B. 9-10]

Art. 349. Lors de l'établissement des cadres statistiques prévus aux articles 347, 348, 350, 351 et 351bis, les organismes assureurs effectuent un contrôle de validité des données à introduire. La liste des éléments à contrôler est dressée par le Comité de l'assurance. Les dépenses qui sont la conséquence de rejets à la suite du contrôle de validité ne peuvent être comptabilisées sur les documents de dépenses visés à l'article 337.

Art. 350. § 1er. En ce qui concerne les journées d'hospitalisation indemnisées, des cadres statistiques semestriels non cumulatifs sont établis par établissement hospitalier et par service.

§ 2. En ce qui concerne les journées d'hospitalisation forfaitaires indemnisées en vertu d'une convention conclue avec les établissements hospitaliers, des cadres statistiques semestriels non cumulatifs mentionnant également la prestation de base qui a entraîné lesdits forfaits sont établis par établissement hospitalier.

§ 3. En ce qui concerne les produits pharmaceutiques délivrés au sein des établissements hospitaliers, des cadres statistiques semestriels non cumulatifs sont établis par catégorie, par produit, par établissement et par service.

§ 4. En ce qui concerne les interventions forfaitaires payées par journée, par mois, par demande ou par séance, des cadres statistiques semestriels non cumulatifs sont établis par centre de rééducation, par maison de repos et de soins, par maison de repos pour personnes âgées, par maison de soins psychiatriques et par initiative d'habitation protégée.

§ 5. Le Comité de l'assurance détermine les modalités selon lesquelles les organismes assureurs transmettent au Service des soins de santé, dans les quatre mois suivant le semestre auquel ils se rapportent, les cadres statistiques visés aux paragraphes précédents. Les dépenses y afférentes doivent au moins atteindre le niveau des données reprises dans les documents de dépenses visés à l'article 337.

[R – A.R. 20-12-07 – M.B. 18-1-08 – éd. 3 – art. 1]

Art. 351. § 1^{er}. En ce qui concerne les dépenses relatives aux bénéficiaires hospitalisés, des cadres statistiques par séjour hospitalier sont établis annuellement sur base des données comptabilisées pendant une période de huit trimestres. Ces cadres statistiques comportent les données suivantes :

[M – A.R. 11-5-09 – M.B. 8-6 – art. 1]

1° un index qui reprend l'identification de l'établissement hospitalier au sein duquel le séjour a eu lieu, le numéro codé du séjour et la mention s'il s'agit d'une admission ou d'une réadmission [ainsi que l'année, le mois et le jour de sortie];

2° des caractéristiques du séjour et du patient :

a) le service d'admission;

b) le code titulaire indiquant le régime d'assurance et la catégorie d'assurés;

[R – A.R. 11-5-09 – M.B. 8-6 – art. 1]

c) [l'année de naissance du patient];

d) l'intervalle de jours entre deux admissions;

[R – A.R. 11-5-09 – M.B. 8-6 – art. 1]

e) [l'année, le mois et le jour d'admission ou de réadmission];

f) le sexe du patient;

3° le nombre de journées d'hospitalisation et le montant facturé par date et lieu de prestation;

4° des données détaillées relatives aux produits pharmaceutiques, au sang et au plasma sanguin, par code produit et par date et lieu de prestation;

5° des données détaillées des prestations médicales, par numéro de code de la nomenclature, par numéro d'identification du dispensateur et par date et lieu de prestation;

[M – A.R. 11-5-09 – M.B. 8-6 – art. 1]

6° des données [détaillées] relatives à la biologie clinique et la médecine nucléaire in vitro, par date et lieu de prestation.

Le Comité de l'assurance détermine les règles plus précises selon lesquelles les organismes assureurs fournissent à l'Institut les cadres statistiques visés au premier alinéa dans les six mois suivant la période comptable à laquelle ils se rapportent.

§ 2. En ce qui concerne les dépenses relatives aux bénéficiaires pris en charge dans le cadre des journées pour lesquelles ont été accordés les montants fixés par l'article 4, §§ 3 à 7 inclus de la Convention nationale du 12 décembre 2005 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs ainsi que dans le cadre des jours pour lesquels le montant par jour d'hospitalisation est dû en cas d'admission en hôpital chirurgical de jour, des cadres statistiques sont établis annuellement sur base des données comptabilisées pendant une période de six trimestres. Ces cadres statistiques comportent les données suivantes :

[M – A.R. 11-5-09 – M.B. 8-6 – art. 1]

1° un index qui reprend l'identification de l'établissement hospitalier au sein duquel ont eu lieu les prestations médicales dans le cadre des journées et jours susvisés, le numéro codé des journées et jours susvisés et la mention s'il s'agit d'une admission ou d'une réadmission [ainsi que l'année, le mois et le jour de sortie;]

2° des caractéristiques des journées et jours susvisés et du patient :

a) le pseudo-code en ce qui concerne le service où ont lieu les journées et jours susvisés;

b) le code titulaire indiquant le régime d'assurance et la catégorie d'assurés;

[R – A.R. 11-5-09 – M.B. 8-6 – art. 1]

c) [l'année de naissance du patient;]

d) l'intervalle de jours entre deux admissions;

e) l'année et le mois d'admission pour les journées et jours susvisés;

f) le sexe du patient.

3° le type de journées et jours susvisés et le montant facturé;

4° des données détaillées par code-produit relatives aux produits pharmaceutiques, au sang et au plasma sanguin;

5° des données détaillées par numéro de code de la nomenclature des prestations médicales et la mention du numéro d'identification du dispensateur;

[M – A.R. 11-5-09 – M.B. 8-6 – art. 1]

6° des données [détaillées] relatives à la biologie clinique et la médecine nucléaire in vitro.

Le Comité de l'assurance détermine les règles plus précises selon lesquelles les organismes assureurs fournissent à l'Institut les cadres statistiques visés au premier alinéa dans les six mois suivant la période comptable à laquelle ils se rapportent.

[I - A.R. 21-9-99 - M.B. 9-10 ; R - A.R. 1-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 1]

[Art. 351bis. § 1er. Pour l'application du présent article, on entend par :

1° « consultations et visites du médecin généraliste » : les prestations qui figurent dans l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités qui correspondent aux numéros de codes relatifs aux consultations et visites des médecins généralistes repris à l'article 2A de ladite nomenclature, à l'exclusion des suppléments pour consultations et visites, des honoraires complémentaires pour la gestion du dossier médical global et à l'utilisation d'un passeport diabète;

2° « la méthode majoritaire » : pour chaque affilié, les organismes assureurs relèvent l'ensemble des consultations et visites du médecin généraliste durant l'année comptable concernée. Trois situations peuvent se présenter :

a) l'affilié ne consomme pas de soins de médecine générale durant toute l'année comptable : aucun médecin généraliste ne peut lui être attribué; il n'est pas considéré comme « patient »;

b) l'affilié consulte durant toute l'année comptable le même médecin généraliste : cet affilié est considéré comme le « patient » de ce médecin;

c) l'affilié consulte plusieurs médecins généralistes sur l'année : dans ce cas, les organismes assureurs sélectionnent le médecin le plus souvent consulté. L'affilié sera considéré uniquement comme un « patient » du médecin majoritairement consulté. En cas d'égalité du nombre de consultations du patient auprès de différents généralistes, ce patient est attribué au médecin généraliste qui a été consulté en premier au cours de l'année;

3° « la patientèle » : pour chaque médecin généraliste, les organismes assureurs déterminent, sur base de la méthode majoritaire, le nombre de patients traités. Ce nombre est ventilé selon certaines caractéristiques : le sexe, la gestion du dossier médical global, les trajets de soins, le bénéfice du maximum à facturer, la catégorie sociale du patient, l'année de naissance. Ce nombre constitue la patientèle de ce médecin généraliste.

§ 2. En ce qui concerne les prestations de santé, des cadres statistiques annuels non cumulatifs sont établis par médecin généraliste en déterminant sa patientèle. Ces cadres statistiques reprennent les données suivantes :

- 1° l'identification de l'organisme assureur;
- 2° l'année comptable;
- 3° le numéro d'identification INAMI du médecin généraliste;
- 4° le sexe du patient;
- 5° la tenue ou non d'un dossier médical global;
- 6° la pathologie traitée dans le cadre du trajet de soins tel que défini à l'article 2 de l'arrêté royal du 21 janvier 2009;
- 7° le bénéfice du maximum à facturer;
- 8° la catégorie sociale du patient;
- 9° l'année de naissance;
- 10° le nombre de patients, déterminé en application de la méthode majoritaire visée au § 1er, 2°.

§ 3. Le Comité de l'assurance détermine les modalités selon lesquelles les organismes assureurs transmettent au Service des soins de santé les cadres statistiques visés au § 2 dans les six mois suivant la période comptable à laquelle ils se rapportent.

§ 4. La première période comptable pour les cadres statistiques déterminant la patientèle des médecins généralistes concerne l'année 2008. La transmission du premier fichier est prévue pour la fin du mois qui suit la date de publication du présent arrêté.]

Art. 352. Les cadres statistiques relatifs aux indemnités d'incapacité primaire comportent les renseignements suivants:

- a) le nombre de cas d'incapacité de travail;
- b) le nombre de jours calendrier;
- c) le nombre de jours indemnisés;
- d) le montant des indemnités.

Ces renseignements établis séparément pour les travailleurs et les chômeurs sont notamment ventilés par état social, sexe, groupes quinquennaux d'âge et durée d'incapacité de travail reconnue.

Ces cadres statistiques sont établis annuellement par mutualité ou par office régional et sont transmis au Service des indemnités dans les cinq mois qui suivent la fin de l'exercice auquel ils se rapportent.

Art. 353. Les cadres statistiques relatifs aux dépenses en assurance maternité effectuées pour des titulaires qui ne sont pas en période d'invalidité comportent les renseignements suivants:

[M - A.R. 13-4-97 - M.B. 3-7] (°)

- a) le nombre de titulaires se trouvant dans une période de protection de la maternité telle que définie aux articles 114 et 114bis de la loi coordonnée;
- b) le nombre de jours indemnisés;

(°) d'application à partir du 6-10-1996

c) le montant des indemnités.

Ces renseignements, établis séparément pour les travailleuses et les chômeuses, sont notamment ventilés par état social et groupes quinquennaux d'âge.

Ces cadres statistiques sont établis annuellement par mutualité ou par office régional et sont transmis au Service des indemnités dans les cinq mois qui suivent la fin de l'exercice auquel ils se rapportent.

CHAPITRE VII

DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX CONVENTIONS INTERNATIONALES

Art. 354. Les budgets et les comptes relatifs à l'application des conventions internationales sont distincts de ceux du régime général d'assurance soins de santé et indemnités prévus par les articles 16 et 80 de la loi coordonnée.

Art. 355. Par dérogation aux dispositions des articles 331 à 353, les recettes, les dépenses et les relevés relatifs à des personnes qui bénéficient des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités en vertu des dispositions d'une convention internationale font l'objet de documents et de relevés distincts de ceux prévus auxdits articles.

Les documents et relevés, établis séparément pour chaque convention internationale et chaque catégorie de bénéficiaires, contiennent tous les renseignements nécessaires aux Services de l'Institut pour l'exécution des obligations prévues par les dispositions de la loi coordonnée et desdites conventions internationales.

Art. 356. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.